

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA CORREÇÃO CIRÚRGICA DA ANOMALIA DA JUNÇÃO PIELOURETERAL

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: \_\_\_\_\_ Pront: \_\_\_\_\_ Atend: \_\_\_\_\_

Eu, abaixo assinado, autorizo o Dr. ....e/ou os seus assistentes a realizar em meu filho(a) menor .....uma PIELOPLASTIA, como forma de tratamento da ANOMALIA DA JUNÇÃO PIELOURETERAL. Como resultado desta operação meu filho(a) poderá ter a necessidade de permanecer com um cateter de drenagem da urina, exteriorizada na incisão cirúrgica ao lado dela (nefrostomia cutânea) que será retirada alguns dias após a cirurgia ou ainda um cateter interno (duplo J) que será retirado posteriormente por procedimento endoscópico. Estou também ciente que o procedimento cirúrgico não corrige a dilatação e a lesão renal já instalada.

#### Os possíveis riscos associados a este procedimento foram-me esclarecidos e são os seguintes:

1. Deiscência dos pontos da sutura.
2. Hérnia incisional na região da cirurgia.
3. Extravasamento e acúmulo de urina ao redor do rim (urinoma) requerendo tratamento posterior.
4. Possibilidade de infecção na incisão cirúrgica, requerendo futuro tratamento.
5. Fístula urinária podendo requerer novo tratamento cirúrgico ou endoscópico.
6. Estenose cicatricial da pieloplastia requerendo dilatações endoscópicas ou futuros procedimentos cirúrgicos.
7. Necessidade de colocar sonda de "nefrostomia".
8. Necessidade de retirada do rim durante o procedimento se a equipe medica julgar necessário
9. O aspecto de "rim dilatado" aos exames de imagem pode demorar a melhorar devendo haver uma avaliação à respeito disto após 06 meses da data da operação.

Reconheço que durante a operação ou no período pós-operatório, ou mesmo durante a anestesia, novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos anteriormente neste consentimento, incluindo a necessidade de retirada do órgão. Assim sendo, autorizo o médico e ou seus assistentes, a executarem esses atos cirúrgicos ou outros procedimentos que, segundo o julgamento profissional deles, sejam necessários e desejáveis. A autorização concedida neste parágrafo estende-se ao tratamento de todas as condições que necessitarem de tratamento e que não sejam do conhecimento do meu médico até o momento em que o procedimento cirúrgico ou médico for iniciado.

Estou ciente de que a lista de riscos e complicações deste formulário pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer nesta cirurgia, mas é a lista de riscos mais comuns e severos. Reconheço que novos riscos podem existir ou podem aparecer no futuro, que não foram informados neste formulário de consentimento. Não há garantia que o rim volte a funcionar normalmente após este procedimento

O referido médico explicou-me que existem outras alternativas para tratar a Anomalia da Junção Pielo-ureteral mas, decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a Pieloplastia é a melhor indicação neste momento para o tratamento de meu filho(a).

Certifico que este formulário me foi explicado e que o li ou que o mesmo foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_

**Assinatura do paciente ou responsável:** \_\_\_\_\_

**Nome: (em letra de forma):** \_\_\_\_\_ **R.G:** \_\_\_\_\_

**Parentesco:** \_\_\_\_\_

**Testemunha:** \_\_\_\_\_ **R.G:** \_\_\_\_\_

Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do processo de decisão sobre o tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.